

<https://doi.org/10.51234/aben.22.e11.c12>

## EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO ENFRENTAMENTO DAS VULNERABILIDADES

**Fernanda Mota Rocha<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-3820-6691

**Débora de Souza Santos<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-5332-3477

**Maria Filomena de Gouveia Vilela<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-5894-3365

**Giulia Romano Bombonatti<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0002-4224-0024

**Eliete Maria Silva<sup>1</sup>**

ORCID: 0000-0001-7549-2677

<sup>1</sup>Universidade Estadual de Campinas.  
Campinas, São Paulo, Brasil.

**Autora Correspondente:**  
Fernanda Mota Rocha  
f228274@dac.unicamp.br



### Como citar:

Rocha FM, Silva EM, Bombonatti GR, Santos DS. Educação Permanente em Saúde no enfrentamento das vulnerabilidades. In: Rocha ESC, Toledo NN, Pina RMP, Pereira RSF, Souza ES. (Orgs.). Enfermagem no cuidado à saúde de populações em situação de vulnerabilidade: volume 1. Brasília, DF: Editora ABEn; 2022. p. 104-15 <https://doi.org/10.51234/aben.22.e11.c12>

Revisora: Valéria Marli Leonello.  
Universidade de São Paulo.  
São Paulo, São Paulo, Brasil

### INTRODUÇÃO

Este capítulo aborda os conceitos de vulnerabilidade e Educação Permanente em Saúde (EPS), iniciando pela definição e contextualização de ambos, para, em seguida, relacioná-los entre si e com a prática da enfermagem.

O desenvolvimento de práticas de EPS, seguindo os seus preceitos, é condição indispensável para consolidação de políticas de equidade em saúde e combate às vulnerabilidades. Dessa forma, este capítulo busca refletir sobre esta temática e fornecer ferramentas para uma prática libertadora, viva e transformadora.

### VULNERABILIDADE: UM OLHAR CONTEXTUAL PARA ALÉM DO RISCO INDIVIDUAL

A palavra vulnerabilidade deriva do verbo *vulnerare*, do latim, que significa provocar dano, injúria. Na saúde, o termo vulnerabilidade é comumente empregado para designar suscetibilidade das pessoas ou grupos a problemas, riscos ou danos à saúde<sup>(1)</sup>.

O uso de teorias com alicerce na vulnerabilidade possibilita compreender os determinantes sociais de saúde e suas possibilidades efetivas de controle ou enfrentamento. Enquanto a epidemiologia aponta quando, onde e quem está exposto a situações de risco, este saber mediador busca compreender o porquê e traçar alternativas para intervir no processo<sup>(2)</sup>.

Ao mesmo tempo que se complementam, a análise de risco e a análise da vulnerabilidade são antagônicas. Na primeira, os fenômenos são fragmentados, isolados e discriminados, pautados em uma racionalidade analítica. A vulnerabilidade considera uma racionalidade sintética, que constrói significados e agrega diferentes elementos para compreender fenômenos em sua totalidade dinâmica e complexa<sup>(3)</sup>.

Vulnerabilidade retoma à condição de humanidade, coloca-nos frente à nossa finitude e carrega a percepção



de que a vida é preciosamente precária<sup>(4)</sup>. Esse conceito envolve ética, solidariedade e sensibilidade frente ao sofrimento humano e reconhecimento de direitos e justiça entre os diferentes. Está relacionado ao fato de que populações politicamente fragilizadas, na perspectiva dos direitos humanos, devem ter garantida a sua cidadania<sup>(3)</sup>.

A epidemia de AIDS expôs a fragilidade do conceito de risco, analisado de forma analítica, exigindo avanço nas discussões sobre vulnerabilidade. Constatou-se que a exposição ao vírus não é homogênea na população e que as mudanças de hábitos dependem de contextos e individualidades; daí a necessidade de direcionar as ações para as suscetibilidades identificadas<sup>(1)</sup>. A análise da vulnerabilidade esclarece que a chance de exposição ao HIV e à AIDS não depende de características somente individuais, mas também contextuais, que acarretam maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento, além de maior ou menor disponibilidade de recursos protetivos<sup>(2)</sup>.

Para mudança de comportamento, não basta acesso à informação e vontade individual. Ela é condicionada por coerções e disponibilidades de recursos de natureza cultural, econômica, política, jurídica e policial, desigualmente distribuídos entre os gêneros, países, segmentos sociais, grupos étnicos e faixas etárias. Sob esta análise, os sujeitos devem ser considerados agentes da esfera pública da vida social. Sendo assim, as ações de prevenção e cuidado devem extrapolar a individualidade e considerar aspectos estruturais, organização comunitária, construção de cidadania, ativismo político, ação jurídica e defesa dos direitos humanos<sup>(2)</sup>.

As análises de vulnerabilidade propõem a interpretação segundo três dimensões: individual, programática e social. São três eixos interdependentes de compreensão dos aspectos que tornam as pessoas, grupos ou nações mais ou menos susceptíveis<sup>(1, 2)</sup>.

A dimensão individual compreende que todos os indivíduos são suscetíveis. Observam-se aspectos referentes ao modo de viver, que poderiam contribuir para exposição ou proteção ao problema. O grau e a qualidade da informação estão articulados à capacidade de elaboração desta informação, para transformá-la em uma preocupação cotidiana, com implementação de ações preventivas efetivas<sup>(2)</sup>.

A dimensão social direciona o olhar aos fatores do contexto que definem ou constroem a vulnerabilidade individual. São aspectos materiais, culturais, políticos e morais que dizem respeito à vida em sociedade. Para compreender os comportamentos que expõem ou protegem os indivíduos, deve-se ampliar a visão para a estrutura jurídico-política e diretrizes governamentais, relações de gênero, raça, sexualidade, crença religiosa, pobreza e outras questões sociais relevantes<sup>(2)</sup>.

A disponibilidade dos recursos sociais, de forma efetiva e democrática, para proteção aos riscos, depende de esforços programáticos. As instituições sociais são o objeto de análise na dimensão programática da vulnerabilidade, na medida em que possuem capacidade para reproduzir ou aprofundar as condições sociais. Os serviços de saúde, educação, cultura e bem-estar social podem colaborar para a transformação de contextos desfavoráveis, quando contribuem para identificação, superação e emancipação. Por isso, sua qualidade e intenção devem ser avaliados para compreensão real da vulnerabilidade e elaboração de propostas de intervenções efetivas<sup>(2)</sup>.

As desigualdades sociais, que culminam em situações de vulnerabilidade, são reproduzidas de forma processual e cumulativa ao longo da trajetória dos indivíduos e da história dos coletivos, limitando as possibilidades de futuro, na medida em que reforçam e mantêm a posição marginal e inferior de sujeitos, individuais ou coletivos, considerando suas características, sobretudo raciais<sup>(5)</sup>.

Não é raro que as análises de vulnerabilidade ou de problemas a ela relacionados sejam reduzidas à dimensão individual, com tentativas de culpabilização, como uma falha pessoal<sup>(5)</sup>. Para além de características individuais, o debate sobre vulnerabilidade apresenta demandas direcionadas a grupos específicos como: populações negras, quilombolas e ciganas; população de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais - LGBT; população em situação de rua; povos do campo, das águas e das florestas<sup>(6)</sup>.

A fragilidade da prevenção e das práticas de cuidado em saúde, expostas durante a epidemia da AIDS, voltam a ser discutidas na pandemia da COVID-19. Para além da identificação de situações de riscos, é possível



compreender o impacto das vulnerabilidades neste contexto, denominando a situação causada ou agravada pelo vírus SARS-CoV-2 de síndrome.

Considerar que as doenças ocorrem em cenários e indivíduos (ou coletivos) em condições históricas, sociais e políticas e que essas interagem sinergicamente deve produzir análises e respostas que considerem as vulnerabilidades. Cabe ao sistema identificar as iniquidades em saúde e criar estratégias efetivas, a fim de superá-las.

Iniquidade em saúde é entendida como desigualdade que, além de sistemática e relevante, é também evitável, injusta e desnecessária. Tida como um dos traços mais marcantes da situação de saúde do Brasil, esse termo possui dimensão ética e social<sup>(7)</sup>. Os avanços nas condições de saúde não garantem redução de iniquidades, e, dentre as contradições evidenciadas neste sistema universal, está o fato de que grupos populacionais seguem desassistidos e com dificuldades de acesso<sup>(8)</sup>.

Com vistas a garantir o direito universal à saúde e proteger pessoas em condições de vulnerabilidade, o Sistema Único de Saúde (SUS) adota duas estratégias complementares. A primeira estratégia é voltada à organização de uma rede geral de acesso universal, integral e igualitário. A segunda estratégia busca inserir, dentro desta rede, atenção especial a grupos populacionais específicos, conforme condições biológicas, sociais, econômicas, ou culturais<sup>(5)</sup>.

Com o objetivo de orientar as ações em saúde para grupos em condição de vulnerabilidade, o SUS criou políticas que se dividem em: políticas de saúde voltadas a grupos em vulnerabilidade socioeconômico-cultural; políticas de atenção à saúde indígena; e políticas de atenção por fases dos ciclos de vida<sup>(6)</sup>. O foco deste livro está na primeira estratégia e se relaciona com equidade da atenção e superação de preconceitos.

## **A RESPOSTA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE PARA AS INIQUIDADES EM SAÚDE**

Desde a formulação do SUS, as políticas de saúde direcionadas à população com vulnerabilidades biológicas são mais estruturadas e numerosas, quando comparadas às políticas voltadas para as demais vulnerabilidades. Este fato tem relação, reforçando as desigualdades históricas no Brasil<sup>(6)</sup>.

A priorização de ações e políticas que busquem minimizar as injustiças e diferenças evitáveis no estado de saúde e nos serviços, entre os grupos com diferentes níveis de privilégio social, corresponde à equidade, um dos princípios estruturantes do SUS. Este é um tema complexo e expõe a responsabilidade coletiva para fazer valer a justiça social<sup>(9)</sup>.

Vista como um princípio de justiça social, a equidade não pode ser puramente formal. Ao operar discriminações e inseri-las em uma política de inclusão social em um movimento de discriminação positiva, ela relembra que a saúde é um bem que deve promover justiça<sup>(9)</sup>.

No entanto, a atenção à saúde dos grupos populacionais em condição de vulnerabilidade está muito aquém do desejado. Considerando que os serviços de saúde direcionados a esses grupos são prestados no âmbito da rede de serviço geral do SUS, para que as políticas sejam efetivas, é necessário um sistema adequadamente estruturado, com ações condizentes com os princípios de universalidade e integralidade<sup>(9)</sup>.

Como uma resposta a esta situação, em 2013, durante o governo Lula, o Ministério da Saúde (MS) agrupou as diferentes políticas de saúde desenhadas para cada um dos grupos vulneráveis, nas então denominadas Políticas de Promoção da Equidade em Saúde, coordenadas pela Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Foram definidos três eixos estruturantes, sendo eles: a transversalidade das ações; a formação/capacitação como elementos fundamentais para o sucesso da política; e a gestão participativa<sup>(9)</sup>.

Um dos objetivos da Política Nacional de Saúde e Atenção Integral à População Negra (PNSIPN) é a inclusão da temática sobre combate às discriminações de gênero e orientação sexual, com destaque para as intersecções com a saúde da população negra nos processos de formação e EPS dos trabalhadores da saúde e no exercício do controle social. Dentre as ações para a ampliação do acesso e utilização das políticas



públicas de saúde para mulheres negras, está o treinamento de equipes para abordagem singularizada e para enfrentamento do racismo<sup>(10)</sup>.

Modelo que descreve as barreiras e os mediadores da atenção em saúde para equidade racial e étnica destaca o fator humano como mediador, considerando que podem favorecer ou limitar o acesso aos diferentes recursos. Esta análise inclui habilidade técnica e pessoal, como a capacidade de aceitação e respeito à diversidade racial e cultural. Indica necessidade de analisar atuação dos gestores e profissionais da saúde quanto à capacidade de comunicação, de reconhecer e dialogar com as diferenças culturais e comportamentos, e à reprodução de preconceitos e reforço de estereótipos<sup>(11)</sup>.

O Quadro 1 busca relacionar as políticas públicas às práticas de saúde, que podem favorecer a equidade ou reforçar as iniquidades existentes. A diferença na condução das situações está relacionada com a forma como o serviço está estruturado para atender esta demanda, a formação e conscientização da equipe sobre estes aspectos, as características, capacidades e valores individuais dos profissionais e também a participação social da comunidade no serviço, de forma a contribuir com a garantia de direitos e qualidade do cuidado.

**Quadro 1:** Associação entre políticas nacionais de saúde voltadas às populações vulnerabilizadas e exemplos de práticas de equidade e iniquidade. Campinas, 2021

Políticas Públicas para Equidade	Exemplos de práticas que favorecem a EQUIDADE	Exemplos de práticas reforçam a INIQUIDADE
<b>Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (2002)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Construir plano terapêutico junto com a equipe multiprofissional para proporcionar cuidado integral à pessoa e familiares.</li> <li>- Contribuir para a autoestima e independência dos sujeitos, contribuindo para seu protagonismo, por meio da educação em saúde.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não solicitar reformas de acessibilidade na estrutura física da unidade de saúde.</li> </ul>
<b>Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Construir grupos de mulheres na comunidade para discutir as diversas formas de violência que a mulher sofre.</li> <li>- Construir grupos de homens para discutir o impacto da masculinidade tóxica na forma como lidam com os sentimentos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não investigar e notificar casos com suspeita de violência.</li> <li>- Não ofertar possibilidades de métodos contraceptivos.</li> <li>- Não realizar busca ativa de mulheres para a coleta de citopatologia oncológica e mamografia para detecção precoce.</li> </ul>
<b>Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Povo Cigano/Romani (2008)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoiar e incentivar as manifestações culturais.</li> <li>- Desenvolver ações de educação em saúde em conjunto com a comunidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Julgar seu modo de vida e cultura.</li> </ul>
<b>Política Nacional de Saúde Integral da População Negra (2009)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacitar os profissionais de saúde para as particularidades do processo saúde/doença da população negra, como solicitar exame de eletroforese de hemoglobina para detecção precoce de anemia falciforme, doença de hemoglobina C e diferenciar as talassemias</li> <li>- Incentivar o sistema de cotas para os processos seletivos na unidade de saúde.</li> <li>- Contribuir para a criação/fortalecimento de espaços para a representatividade preta e cultura afro.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não preencher o campo raça/cor ou preencher sem perguntar ao sujeito sua autodeclaração.</li> <li>- Não considerar que o racismo é um determinante de saúde.</li> <li>- Não acolher a pessoa com escuta qualificada e sensibilidade.</li> </ul>
<b>Política Nacional para a População em Situação de Rua (2009)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar matriciamento com serviços sociais para o cuidado integral.</li> <li>- Acolher e escutar a pessoa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Negar o registro na unidade de saúde na ausência de comprovantes de residência ou documentos.</li> <li>- Não tocar a pessoa por causa da sujeidade aparente.</li> </ul>

Continua



Continuação do Quadro 1

Políticas Públicas para Equidade	Exemplos de práticas que favorecem a EQUIDADE	Exemplos de práticas reforçam a INIQUIDADE
<b>Política Nacional de Saúde LGBT (2011)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Perguntar qual é o pronome que gostaria de ser chamado(a) e utilizá-lo corretamente.</li> <li>- Chamar a pessoa pelo nome social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não fazer coleta de citopatologia oncológica em mulheres lésbicas.</li> <li>- Não considerar que a saúde da pessoa vai além das questões sexuais.</li> </ul>
<b>Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo, da Floresta e das Águas (2011)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolver ações de prevenção e promoção contra doenças associadas às exposições solares por meio da educação em saúde.</li> <li>- Proporcionar encaminhamentos para reabilitação de lesões por esforço repetitivo relacionados ao trabalho.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não notificar casos de intoxicação por agrotóxicos e acidentes de trabalho.</li> <li>- Não planejar e desenvolver ações nas comunidades, por estarem muito distantes dos serviços.</li> </ul>

A EPS aliada à participação social, sendo ferramenta necessária para que as políticas públicas se tornem realidade no cotidiano das práticas de cuidado. A EPS é uma estratégia educacional, gerencial e política, com potencial para transformar as práticas de saúde a partir do processo de reflexão-ação dos profissionais acerca de suas atitudes e da organização do sistema e do modelo de atenção à saúde. Considera ser na realidade local e na singularidade dos atores possível construir processos significativos, efetivamente apropriados pelos trabalhadores em seu cotidiano<sup>(12)</sup>.

## EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE NO BRASIL

O termo EPS, difundido a partir de 1980, foi utilizado como referência para a reestruturação dos serviços, envolvendo a transformação de conceitos e valores, com a colocação dos profissionais no centro do processo ensino-aprendizagem<sup>(12)</sup>.

As questões referentes à educação passaram a fazer parte do rol de atribuições finalísticas do sistema de saúde com a Constituição de 1988, que, no artigo 200, inciso III, atribuiu ao SUS a competência de ordenar a formação na área da saúde. A proposta de EPS foi lançada como política nacional em 2003, constituindo papel importante na concepção do SUS democrático, equitativo e eficiente<sup>(12)</sup>.

A Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007, que dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, define que devem ser consideradas as especificidades regionais, a superação de suas desigualdades, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação. Esta mesma portaria estabelece as Comissões de Integração Ensino-Serviço (CIES), instâncias para a negociação dos processos de EPS, considerando a defesa de aprendizagens significativas e gestões democráticas como fundamentais e articuladas nas estratégias de implementação<sup>(12)</sup>.

Há evidência de múltiplas formulações e arranjos para efetivar a EPS no SUS. Os desafios estão relacionados à construção de propostas centralizadas na gestão, o que impacta no envolvimento dos trabalhadores, dos movimentos sociais e das instituições de ensino<sup>(12)</sup>. As dificuldades encontradas estão relacionadas ao fato de que uma definição ministerial não transforma a EPS em uma prática hegemônica, reforçando a ideia de que as políticas públicas são condições iniciais e o seu resultado está em aberto, a depender das contradições e dos interesses que prevalecem no campo macro e micropolítico do trabalho.

A constituição da EPS deriva de três vertentes teóricas: a mudança na formação; o pressuposto que a concretização da educação ocorre com a reformulação do processo produtivo e estrutural; e a Educação Popular de Paulo Freire<sup>(13)</sup>.

A mudança na formação inclui uma perspectiva de construção coletiva dos saberes, que emanem de problemas emergentes da prática em saúde. Isso significa superar as tradicionais capacitações ou aulas de educação continuada, que acontecem descontextualizadas da realidade prática<sup>(13)</sup>.



Para se produzir mudança nas práticas, sobretudo naquelas institucionalizadas nos serviços de saúde, é necessário privilegiar o conhecimento prévio nas ações educativas e favorecer a reflexão compartilhada e sistemática. Neste contexto, a aprendizagem deve ser significativa, entendida como a “aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho”<sup>(12)</sup>.

Neste cotidiano, os problemas surgem a partir da interpretação dos usuários e trabalhadores. As diferentes formas de trabalho interprofissional, como o trabalho em equipe, prática colaborativa e colaboração, são fundamentais para a superação dos desafios, além da utilização das tecnologias leves ou relacionais, que se referem às relações como produção de vínculo, acolhimento, autonomização e gestão como uma forma de governar processos de trabalho<sup>(14)</sup>.

O uso das tecnologias leves está relacionado ao trabalho vivo, pois é aí que o poder criativo do trabalhador supera a utilização de maquinários e protocolos (trabalho morto) e avança de forma dinâmica e transformadora nos processos de cuidar e em suas relações político-sociais<sup>(14)</sup>.

A EPS aposta no trabalho vivo e na construção de pactos ético-políticos focados nos usuários e na organização do trabalho em saúde, a partir da reflexão e autoanálise do seu processo de trabalho<sup>(12,13)</sup>.

A metodologia utilizada tanto na EPS quanto na Educação Popular em saúde é pautada nos ensinamentos de Paulo Freire<sup>(13)</sup>, que sugere relação horizontal entre educador e sujeito de aprendizagem, gerando um movimento de ação-reflexão-ação. Neste contexto, “problematizar” é recriar, refletir, relacionar, interagir e planejar<sup>(15)</sup>.

Para que haja possibilidade de transformação, devemos nos reconhecer como seres inacabados. Essa condição nos afasta da ideologia fatalista imobilizante, aliada ao neoliberalismo. Se não há naturalidade nos eventos políticos, sociais e culturais, a reflexão crítica é ferramenta para que, no trabalho vivo, a mudança aconteça<sup>(15)</sup>.

A vulnerabilidade não é conceito especialmente trabalhado por Freire, embora seus sentidos e representação na saúde coletiva permitam associá-lo à autonomia e dependência no contexto das relações de opressão social<sup>(4)</sup>.

A luta pela garantia dos direitos às populações vulnerabilizadas, como o direito à saúde, é uma luta pela garantia dos direitos humanos. Para que haja conquistas neste campo, é fundamental que a equipe de trabalhadoras da enfermagem conheça, reconheça e aplique no cotidiano decisões que corroborem a garantia dos direitos humanos nos serviços de saúde.

## VULNERABILIDADE E O PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM

A atuação sobre as necessidades de cuidado, que são necessidades humanas, caracterizam a enfermagem como prática social, e, como tal, expõe as contradições de diferentes concepções, modelos de atenção e cuidados de saúde em determinada conjuntura. As características históricas e sociais da enfermagem estão conectadas às determinações políticas e econômicas.

Os reflexos políticos sociais na prática de enfermagem são visíveis em diversos contextos, a exemplo da divisão técnica e social do trabalho da enfermagem, que reflete a hierarquização entre classes sociais e a divisão do saber técnico e científico<sup>(16)</sup>.

Esse exemplo elucida o emaranhado de processos sociais, políticos, econômicos e culturais que envolvem a prática social e a transformam em uma rede conectada que influencia e é influenciada pela vida em sociedade. Na dimensão do trabalho, é possível apreender, de forma efetiva, a prática social.

O processo de trabalho da enfermagem está explícito e historicamente relacionado à dimensão assistencial e gerencial. No Brasil, o cuidado é majoritariamente prestado pelas profissionais de nível médio, e as atividades gerenciais ficam sob responsabilidade das enfermeiras<sup>(16)</sup>. A literatura integra outras duas dimensões à prática da enfermagem: a investigativa, que está relacionada à enfermagem enquanto disciplina e a construção de um saber científico; e a educacional, que faz referência à formação do profissional com práticas de EPS e à educação em saúde, direcionada aos usuários, famílias e coletividades<sup>(17)</sup>.



Cabe ressaltar a indissociabilidade das dimensões para compor uma prática de enfermagem que reconheça as necessidades de saúde e busque ações integrais para atingir sua finalidade, que é um cuidado significativo e eficiente. A baixos estão descritas, de forma sucintas, as dimensões, aliadas a exemplos práticos.

Para complementar a discussão teórico-prática e promover uma aprendizagem significativa sobre as temáticas abordadas neste capítulo, serão utilizados relatos do diário de campo de um estudo realizado com a equipe do Consultório na Rua em cidade do interior de São Paulo. Os dados foram coletados no período de janeiro a março de 2020, com enfermeiros e técnicos de enfermagem, a fim de compreender o trabalho da equipe de enfermagem neste contexto<sup>(18)</sup>.

## DIMENSÃO ASSISTENCIAL

O cuidado é aspecto central na formação da enfermagem e também importante campo de prática. Considerando o processo de trabalho da enfermagem, sob a perspectiva da dimensão assistencial, é possível identificar os elementos deste processo. O objeto é a necessidade de cuidado da enfermagem. Os instrumentos podem ser exemplificados por equipamentos, processo de enfermagem e sistematização da assistência de enfermagem, então, a finalidade é busca pela atenção integral à saúde<sup>(16)</sup>.

Há dados que demonstram que a população negra sofre impacto do racismo no cuidado à saúde. Alguns exemplos são o tratamento diferenciado como em não tocar, olhar, orientar corretamente ou seguir protocolos, o tempo maior de espera e menor número de consultas, o menor número de solicitação de exames diagnósticos e o fato de mulheres negras terem maior risco de receberem pré-natal inadequado, ausência de acompanhante e menos anestesia local para episiotomia durante o trabalho de parto, contribuindo para o maior número de desfecho negativo em comparação às mulheres brancas<sup>(19)</sup>.

Abaixo está relatada a observação do trabalho da enfermeira e das técnicas de enfermagem, atuando em equipe interprofissional. Destaca-se o acolhimento, por meio de tecnologias leves e o cuidado direcionado às demandas do usuário, de modo a produzir saúde junto à população vulnerabilizada e excluída da sociedade e dos serviços de saúde.

Durante a atividade do serviço na rua, a equipe se transportava com uma van até um local comum onde pessoas realizavam o uso intenso e onde o CnaR encontrava algumas pessoas em situação de rua. O redutor de danos explicou que a equipe precisava de cautela para abordar a população, se inserindo aos poucos, percebendo o clima, percebendo se as pessoas querem ou não a abordagem do serviço e respeitando se não quiserem, sendo uma forma de não quebrar o vínculo. Parando o veículo perto do local, havia um grupo de cerca de 6 ou 8 pessoas nas sombras das árvores da praça (o sol estava intenso), com seus papelões e seus pertences, e um cachorro zanzando por ali. A equipe desceu aos poucos da van, mas quem estava à frente foi o redutor de danos, com uma sacola com água e doce de paçoca, ele se aproxima dizendo 'e aí gente? tudo bem? querem água? estão precisando de alguma coisa? como vocês estão? querem bater um papo? a van está ali se quiserem algo'.

Enquanto o redutor continua circulando entre o grupo e conversando com alguns, o restante da equipe sai do veículo e inicia os atendimentos: uma das técnicas começou a realizar um curativo na perna de um jovem; a enfermeira, junto com a médica, abordam uma gestante e realizam uma avaliação obstétrica (ferraram os assentos do transporte com lençol de papel e fecharam a porta para maior privacidade); outra técnica realiza injeção de Benzetacil em uma pessoa, usando uma das portas dianteiras da van e um lençol como 'biombo' para privacidade. Enquanto os atendimentos iam ocorrendo, outras pessoas iam se aproximando da van, querendo conversar. Assim, a equipe oferecia água, camisinhas, materiais de higiene (sabonete, pasta e escova de dente, Gillette, desodorante), informava sobre os outros locais onde o serviço iria na semana, conversava e brincava de forma descontraída com a população<sup>(18)</sup>.



## DIMENSÃO ADMINISTRATIVA - GERENCIAL

As ações gerenciais estão presentes na rotina do trabalho da enfermagem, desde a constituição da enfermagem moderna, que teve sua origem vinculada ao cuidado do paciente e ao cuidado da instituição, que envolve atividades administrativas com o ambiente e gerenciais com as pessoas envolvidas no trabalho. Essa prática, tida como atividade meio, é fundamental para a efetivação de políticas públicas, sobretudo na área da saúde<sup>(16)</sup>.

Os componentes do processo de trabalho, sob o aspecto gerencial, incluem a organização do trabalho e dos trabalhadores da enfermagem, como objeto; o planejamento, dimensionamento, recrutamento e seleção, avaliação e saberes relacionados à gerência e administração são exemplos de instrumentos. A finalidade pode ser considerada a criação ou manutenção de condições adequadas de trabalho e assistência<sup>(16)</sup>.

É esperado que o enfermeiro construa uma gestão participativa e democrática, envolvendo a equipe, a comunidade e outros serviços, a fim de construir uma rede de cuidado integral<sup>(20)</sup>. Enquanto prática da dimensão gerencial, pode-se citar a vivência durante pesquisa no Consultório na Rua.

Em diversos momentos durante a pesquisa, foi perceptível que a enfermagem possuía pouco espaço de fala na equipe multiprofissional, apesar da verbalização da relação entre os profissionais ser de apoio mútuo, parceria, atuação de forma integrada e união em prol dos pacientes.

Em intervalo da reunião de equipe, ao iniciar conversa com enfermeira para tirar algumas dúvidas sobre o processo de trabalho da equipe multiprofissional e a sua inserção nela (pois percebia uma posição de silêncio da equipe de enfermagem), ela começou a chamar as demais pessoas da enfermagem para participar da discussão dizendo 'olha a pergunta que interessante' e 'vem aqui conversar com a gente'. Ao longo da discussão, percebo que, à medida que faço perguntas, comentários e questionamentos, dou abertura e um espaço para que a equipe de enfermagem possa ter voz para falar sobre questões específicas da enfermagem. Então, percebi que, a partir de algumas perguntas, a enfermeira sentiu necessidade de falar sobre e chamar a equipe de enfermagem como um todo para participar da discussão.

No início das observações, percebi um certo distanciamento (as profissionais referiram estar cansadas de ser da enfermagem, que tinha muito processo desnecessário que a enfermagem precisava fazer, que ficam sobrecarregadas) e que, quando houve o espaço para a discussão, percebi uma união dentro da categoria (inclusive uma união que a enfermeira queria para dentro da enfermagem, pois o movimento foi dela, que apesar de falar mais, também buscou conhecer e dar espaço para as técnicas de enfermagem falarem suas impressões).

Após este episódio, percebo que a equipe de enfermagem começa a levantar e se posicionar sobre as situações que lhe incomodam e apresentar suas necessidades nas reuniões de equipe. Além disso, a enfermeira traz em outros momentos a respeito das reflexões provocadas e de seu desejo de mudança, e, a partir disso, começou a conquistar maior espaço dentro das reuniões da equipe multiprofissional<sup>(18)</sup>.

Durante a entrevista com a equipe de enfermagem, uma fala da enfermeira importante veio à toa:

Só quando vem um olhar externo, que fala para a gente 'olha, avalia isso', 'olha e isso?', 'mas e aí, como é que fica?', aí a gente para pra pensar, porque a gente está fazendo as coisas tão no automático<sup>(18)</sup>.

Esses apontamentos nos remetem à relevância da gestão participativa, para que os processos de mudanças sejam efetivos nas práticas de enfermagem. Além disso, cabe destacar que o questionamento realizado pela enfermagem em relação à automatização do trabalho e a prática pouco reflexiva conferem barreiras importantes para a categoria no quesito da autovalorização e autonomia diante da equipe multiprofissional, pois a falta de empoderamento lhe confere posição de submissão. Esses questionamentos são essenciais dentro da enfermagem, para que as tensões existentes nas relações profissionais de saúde, determinadas social e



historicamente, sejam superadas, esculpindo melhores práticas no processo de trabalho, união da categoria e realização profissional e pessoal. Essas reflexões estão presentes, conseqüentemente, nas demais dimensões.

### **DIMENSÃO INVESTIGATIVA**

A dimensão investigativa do processo de trabalho tem como finalidade, a partir das lacunas existentes do saber em enfermagem, destrinchar e encontrar novas práticas para a melhoria das dimensões - assistir, administrar, ensinar e pesquisar. Os novos conhecimentos desenvolvidos modificam, dessa forma, o processo de trabalho, demandando novas pesquisas para preencher as lacunas que surgem<sup>(17)</sup>.

Apesar de esta dimensão ser predominantemente menos ou então não praticada em detrimento das demais dimensões, é importante destacar a sua relevância na práxis do enfermeiro, principalmente quando associada à Educação Permanente, pois ela permite que os problemas do cotidiano sejam explorados e se busquem a transformação dos mesmos<sup>(17)</sup>.

A prática investigativa, enquanto alternativa para a mudança, pôde ser experimentada durante a pesquisa com o Consultório na Rua, pois, tanto no processo da observação participante quanto na devolução dos resultados à equipe, foi possível apontar questões a serem melhor desenvolvidas por meio da Educação Permanente como alternativa de um cuidado que esteja mais atento às especificidades da população. Como resultado desta prática, a enfermeira da equipe demonstrou necessidade de novas pesquisas voltadas para a enfermagem no Consultório na Rua, e manifestou interesse em realizar mestrado profissional para colaborar com a prática do serviço, sendo, desta forma, convidada a participar do grupo de pesquisas da faculdade<sup>(18)</sup>.

Os benefícios da pesquisa na prática da enfermagem incluem a possibilidade de transformar a realidade local a partir da identificação de um problema. Por meio de um raciocínio crítico e uma busca metódica e sistematizada por respostas, é possível intervir de maneira eficaz e emancipatória. Utilizar estratégias da pesquisa científica para solucionar problemas cotidianos, e aperfeiçoar os processos é outro exemplo prático dessa dimensão.

A pesquisa e o ensino são práticas que não podem estar separadas, segundo Freire<sup>(15)</sup>:

Ensino, porque busco, porque indaguei, porque indago e me indago. Pesquiso para constatar, constatando, intervenção, intervindo educo e me educo. Pesquiso para conhecer o que ainda não conheço e comunicar ou anunciar a novidade.

### **DIMENSÃO EDUCATIVA**

A dimensão educativa retoma o discutido sobre EPS e Educação Popular. Pautada em uma prática dialógica, a educação para enfermagem envolve a formação profissional, que deve ser contínua e garantir uma prática baseada em evidências, e a educação dos usuários, família e comunidade. Segundo Freire<sup>(15)</sup>, a educação deve respeitar o senso comum em seu processo de “superação” e estimular a capacidade criativa do outro, tendo compromisso com o desenvolvimento de uma consciência crítica.

Baseado nos ensinamentos de Freire, pode-se dizer que a formação profissional ocorre juntamente com a formação cidadã, sendo este um processo, que inclui o reconhecimento do sujeito como inacabado e autor da sua história no mundo, vivendo nele e sendo capaz de nele intervir<sup>(15)</sup>.

O relato a seguir evidencia a necessidade da Educação Permanente para a construção da equidade e respeito aos direitos das pessoas.

Foi identificado em alguns atendimentos de pessoas transgêneros que havia, por parte da equipe de enfermagem, divergências na escrita do nome social e registro do gênero nos papéis de solicitação de exames e na chamada pelo nome de registro e pelo pronome não correspondente a da identidade de gênero da pessoa em determinada situação. O serviço atendia grande quantidade de pessoas trans e travestis em situação de rua, além da equipe ser composta por uma pessoa trans.



Ao conversar sobre a situação com a pessoa trans da equipe, que, inclusive, era coordenadora de uma instituição que acolhe pessoas lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, travestis, queer, intersexo e assexuais (LGBTQIA+), que são expulsas de casa, ela trouxe uma questão importante na comunicação com a equipe, pois, apesar de apoiarem a causa, não se mobilizavam em relação à questão trans, transferindo a responsabilidade para ela por ser a única referência. Sempre era ela quem levantava a pauta, muitas vezes não era escutada e a equipe não discutia sobre a temática. Ela aborda também a dificuldade de ter serviços de referência dentro do município, existindo poucos que atendem à hormonioterapia e auxiliam no processo de transição de gênero. Traz a problemática de haver poucos locais de referência a quem a população pudesse recorrer, em consequência, muitas mulheres trans acabavam fazendo injeções para modificações corporais de forma insegura e com risco à saúde delas. Discutimos também sobre o processo de inserir o nome social no cartão SUS (é algo simples, realizado pelo site e podendo ser feito no computador do CnaR) e como isso facilitaria para a ficha de solicitação de exame, mas como é difícil mobilizar a equipe para fazer isso.

Ao conversar com outra profissional do serviço, a questão foi reforçada, sendo relatado que há sobrecarga da pessoa trans na equipe, pois ela é referência para o atendimento de todas as pessoas trans que o serviço atende, a equipe acaba “jogando” essa responsabilidade para ela<sup>(18)</sup>.

**Quadro 2:** Dimensões do processo de trabalho da enfermagem e exemplos práticos de cuidado às populações vulnerabilizadas. Campinas, 2021

Dimensões do processo de trabalho	Exemplos práticos de cuidado às populações vulnerabilizadas
<b>Assistir</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer e aplicar as políticas nacionais voltadas às populações vulneráveis, atuando de acordo com suas especificidades para garantir os princípios do SUS.</li> <li>- Utilizar o trabalho vivo como ferramenta para transformação da prática e garantia dos direitos de saúde das populações.</li> <li>- Utilizar tecnologias leves para aproximação, acolhimento, criação de vínculo e cuidado integral.</li> </ul>
<b>Administrar-gerenciar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estabelecer redes de saúde e intersetorial fortalecidas e com fluxos bem estabelecidos para enfrentamento das vulnerabilidades.</li> <li>- Promover uma gestão democrática, com espaços de discussão e debate, a fim de ofertar uma prática reflexiva dentro da equipe, evitando a mecanicidade do cuidado à saúde.</li> <li>- Acompanhar/gerir o cuidado a populações vulnerabilizadas em seu serviço/território.</li> <li>- Fortalecer as ações de participação social, para que haja representação no planejamento e nas tomadas de decisões.</li> </ul>
<b>Educar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Consumir e difundir o conhecimento científico da área da saúde e da enfermagem para a equipe e população.</li> <li>- Realizar práticas de Educação Permanente dialógicas, com o objetivo de aprimorar os cuidados, garantir a segurança do paciente, valorizar o uso de tecnologias leves e considerar as vulnerabilidades e determinantes sociais de saúde.</li> <li>- Utilizar os conhecimentos da Educação Popular para as práticas com o usuário no momento, valorizando sua história, contexto, individualidade e saber prévio, de modo a educar para liberdade e emancipação.</li> <li>- Promover o olhar crítico sobre o sistema e modelo de saúde, o processo de trabalho, a prática diária e a sociedade.</li> </ul>
<b>Investigar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover uma prática baseada em evidência.</li> <li>- Utilizar a metodologia e sistematização científica para solucionar problemas do dia a dia.</li> <li>- Utilizar momentos de Educação Permanente e popular para dialogar sobre problemas, meios e resultados.</li> <li>- Inserir os envolvidos no “problema” na busca por soluções, por meio da participação social e conselho local de saúde. É fundamental ouvir as reais necessidades e reconhecer as estratégias que de fato fazem sentido para eles.</li> <li>- Ser local/sujeito de pesquisa.</li> <li>- Realizar parcerias com universidades.</li> </ul>

É fundamental realçar que não há ação livre de posicionamento político. Todas as práticas descritas buscam, além da garantia de direitos humanos, a concretização e sustentação do SUS segundo seus princípios e diretrizes, sendo que este é o objetivo macro das práticas educativas direcionadas para a atuação dos profissionais de enfermagem frente às populações vulnerabilizadas.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo refletiu sobre o processo de trabalho da enfermagem e o papel da EPS no cuidado a populações vulnerabilizadas, a fim de que sejam vistas em seus contextos, necessidades e individualidades. Há necessidades de avanço no campo da produção de conhecimento e no campo do trabalho, e essa produção contribui, ao citar exemplos de boas práticas e direcionar o olhar para a interseccionalidade e busca pela equidade.

O cuidado à saúde dos indivíduos vulnerabilizados exige prática reflexiva e transformadora. Neste sentido, a EPS é ferramenta revolucionária, ao contextualizar a prática educativa e valorizar a micropolítica, portanto, os trabalhadores.

Esses trabalhadores que cuidam, também compõem parcela da população oprimida historicamente, já que são seres históricos no mundo, construindo o mundo. Desta forma, a construção coletiva de conhecimento, com reconhecimento de saberes individuais, é mais do que uma opção, é uma necessidade para aprendizagem significativa.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos o apoio do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIQ) - CNPq, da CAPES e do Fundo de Apoio ao Ensino, à Pesquisa e à Extensão - FAEPEX, da Pró-Reitoria de Pesquisa da UNICAMP.

## REFERÊNCIAS

1. Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Takahashi RF, Fracolli LA. The use of the "vulnerability" concept in the nursing area. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2008;16:923-8. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692008000500020>
2. Ayres JRCM, Calazans GJ, Saletti Filho HC, França Júnior I. Risco, Vulnerabilidade e Práticas de Prevenção e Promoção da Saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM (Orgs). *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Hucitec e FioCruz; 2009. 391-403p.
3. Feito L. Vulnerabilidad. *Anales Sis San Navarra* [Internet]. 2007 [cited 2021 Sep 16];30:07-22. Available from: <https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v30s3/original1.pdf>
4. Sevalho G. O conceito de vulnerabilidade e a educação em saúde fundamentada em Paulo Freire. *Interface Comun, Saúde, Educ*. 2018;22:177-88. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0822>
5. Pires RRC. Implementando Desigualdades: Reprodução de Desigualdades na Implementação de Políticas Públicas [Internet]. IPEA; 2019 [cited 2021 Sep 16] 53-78p. Available from: [https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/190612\\_implementando\\_desigualdades.pdf](https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/190612_implementando_desigualdades.pdf)
6. Aith F, Scalco N. Direito à saúde de pessoas em condição de vulnerabilidade em centros urbanos. *Rev USP*. 2015;(107):43-54. <https://doi.org/10.11606/issn.2316-9036.v0i107p43-54>
7. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Int J Health Serv*. 1992;22(3):429-45. <https://doi.org/10.2190/986L-LHQ6-2VTE-YRRN>
8. Medina MG, Paim JS. Knowledge production, political action and equity: observatory of political analysis in health (OAPS) contributions. *An Inst Hig Med Trop* [Internet]. 2017 [cited 2021 Sep 16];16(2):21-30. Available from: <https://www.analisepoliticaemsaude.org/oaps/documentos/noticias/producao-de-conhecimentos-acao-politica-e-equidade-contribuicoes-do-observatorio-de-analise-politica-em-saude/>
9. Siqueira SAV, Hollanda E, Motta JIJ. Políticas de Promoção de Equidade em Saúde para grupos vulneráveis: o papel do Ministério da Saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2017;22(5):1397-406. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.33552016>
10. Werneck J. Racismo institucional e saúde da população negra. *Saúde Soc*. 2016;25(3):535-49. <https://doi.org/10.1590/S0104-129020162610>
11. Organização Mundial de Saúde (OMS). Comissão de Determinantes Sociais de Saúde (CDSS). Rumo a um modelo conceitual para análise e ação sobre os determinantes sociais de saúde: ensaio para apreciação da Comissão de Determinantes Sociais de Saúde. 2005.



12. Ministério da Saúde (BR). Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília: Ministério da Saúde; 2018.
13. Ceccim RB. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. *Interface (Botucatu)*. 2005;9(16):161-77. <https://doi.org/10.1590/S1414-32832005000100013>
14. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Onoko R, Merhy EE. *Agir em Saúde: um desafio para o público*. 3 ed. São Paulo: Hucitec; 2007. 71-112 p.
15. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: PAZ e Terra; 2011. 30-60p.
16. Peduzzi M, Silva A, Lima M. Enfermagem como prática social e trabalho em equipe. In: Soares CB, Campos CMS. *Fundamentos de saúde coletiva e o cuidado de enfermagem*. Barueri: Manole; 2013. 217-243 p.
17. Bertoncini JH, Pires DEP, Ramos FRS. Dimensions of nursing work in multiple institutional scenarios. *Tempus Actas Saúde Coletiva [Internet]*. 2011 [cited 2021 Sep 16];5(1):123-33. Available from: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/922>
18. Bombonatti GR. *Processo de trabalho da enfermagem no Consultório na Rua e seus enfrentamentos [Dissertação]*. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Enfermagem; 2020.
19. Leal MC, Gama SGN, Pereira APE, Pacheco VE, Carmo CN, Santos RV. The color of pain: racial iniquities in prenatal care and childbirth in Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2017;33(suppl 1):1-17. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00078816>
20. Rodríguez AMMM, Mishima SM, Lettiere-Viana A, Matumoto S, Fortuna CM, Santos DS. Nurses' work at Family Health Strategy: possibilities to operate health needs. *Rev Bras Enferm*. 2020;73(suppl 6):1-9. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0704>